Über Myositis fibrosa specifica.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 25. Juli 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Hulisch

aus Neuss a. Rh.

OPPONENTEN:

Hr. Cand. med. Paul Heinsch.
- Cand. med. Adolf Caro.
- Cand. med. Alfred Hulisch.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535703_0123

Seinem theuren Vater,

Herrn Prediger Dr. Hulisch zu Herford,

in aufrichtiger Liebe, Verehrung und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die örtlichen Erkrankungen, welche das Bestehen konstitutioneller Syphilis anzeigen, entwickeln sich erfahrungsgemäss bald kürzere, bald längere Zeit nach der ursprünglichen Infektion. Es war daher ganz natürlich, dass man für die systematische Darstellung der Krankheit eine chronologische Einteilung der Symptome wählte, und dass man die konstitutionellen Erkrankungen wiederum in sekundäre und tertiäre zerlegte. (Ricord.) Wenn nun auch einige der neueren Autoren diese zeitliche Klassifizirung nicht billigen, da eine Erscheinung — wie Virchow schon richtig hervorhob, — ihrem Datum nach sekundär, ihrer Natur nach aber tertiär sein kann, so ist sie doch andererseits in Lehr- und Handbüchern sowohl wie in Fachschriften derartig verbreitet, dass wohl schwerlich eine neue auf anderen Prinzipien basirende Einteilung sich wird behaupten können.

Nach Sigmund gehören neben den Erkrankungen der Schleimhäute und des Knorpel- und Knochensystems namentlich die Muskelentzündungen in die Gruppe der Tertiärerscheinungen.

Die syphilitische Erkrankung der quergestreiften Muskeln war schon älteren Ärzten bekannt. So finden wir bereits bei Theodosius Muskelretraktionen infolge syphilitischer Infiltration beschrieben. Reichhaltiger ist allerdings erst die neuere Literatur und zwar sind es besonders französische Autoren, wie Deville, Bouisson, Lanceraux und Mauriac, denen wir einen weiteren Einblick in das Wesen des Prozesses verdanken.

Gewöhnlich beobachtet man die Affektion der Muskeln unter zwei verschiedenen Formen, in einer mehr diffusen, nicht begrenzten (myositis diffusa s. fibrosa) und in einer umschriebenen Form (myositis circumscripta s. gummosa). Erstere bedingt eine gleichmässige Verdickung der ursprünglichen Gestalt der Muskeln, letztere die Entwickelung rundlicher, elastischer Tumoren, sog. Gummiknoten, von Taubenei- bis Storchenei- und noch beträchtlicherer Grösse. Die Diagnose derselben ist bisweilen schwierig, da die Gummata mit anderen Geschwülsten leicht verwechselt und hierdurch Veranlassung zu unnötigen chirurgischen Eingriffen geben könnten. Dies trifft namentlich in jenen Fällen zu, in denen prägnante Symptome der Syphilis fehlen und in denen die Anamnese keine Anhaltspunkte für eine stattgehabte Infektion bietet.

Auf dem Chirurgenkongress im Jahre 1881 teilte von Langenbeck mit, dass er zwei Geschwülste ex-

stirpirt habe, die er für Sarkome gehalten, die aber bei näherer Untersuchung als Gummata, von Muskeln ausgehend, erkannt wurden. Es ist begreiflich, dass die Form und der Sitz dieser Tumoren grosses chirurgisches Interesse beansprucht insofern, als die Patienten zunächst operative Hülfe nachsuchen. Diesem Umstand ist es auch zuzuschreiben, dass die gummöse Muskelaffektion weit besser gekannt und in Handbüchern weit ausführlicher beschrieben ist, als die diffuse. So finden wir in dem sonst recht brauchbaren Werke eines neueren Syphilidologen das Gebiet der Syphilis auf fast 800 Seiten abgehandelt, während er die diffuse Muskelentzündung nur in dem engen Rahmen einer einzigen Seite bespricht. Andererseits haben Nélaton und Mauriac und in jüngster Zeit Lewin (Charité-Annalen VII, 1882) und Karewski (Berl. Klinik, 1889, 18) eingehende und übersichtliche Arbeiten über das Muskelgummi geliefert.

Im Nachfolgenden sei es mir nun gestattet, mit Übergehung der circumscripten ein thunlichst ausführliches Bild der diffusen Myositis im Anschluss an einen selbst beobachteten frischen Fall zu entwickeln.

Krankengeschichte.

Anamnese: Edzard J. aus E., 21 Jahre alt, Bankbeamter, stammt aus angeblich gesunder Familie und will, abgesehen von Kinderkrankheiten, niemals ernstlich krank gewesen sein. Am 2. Sept. 1890 acquirirte er eine Gonorrhoe, welche durch Injektionen von zinc. sulf. in kurzer Zeit heilte. Die gleichzeitige Schwellung der Inguinaldrüsen ging auf Einreibung von unguent. kal. jodat. bald zurück. Anfangs Oktob. kekam P. ein ulcus durum, dem 8 Wochen später ein über den ganzen Körper, insbesondere auf Rücken und Extremitäten verbreitetes rötlich-braunes Exanthem folgte, welches die rechte Körperhälfte stärker als die linke befallen haben soll. Brust und Bauch, sowie Handflächen und Fusssohlen sind von dem Ausschlag frei geblieben. Das harte Geschwür an der Vorhaut verheilte nach sechs Wochen durch Auflegen von Jodoformsalbe. Am 8. Januar 1891 bekam P. plötzlich ziehende Schmerzen im linken Oberarm und im Schultergelenk, welche er als Folge einer jüngst zugezogenen Erkäl-

tung — er war in kalter Nacht mehrere Stunden im ungeheizten Wagen gefahren, — ansah. 2 Tage später bemerkte P. eine allmähliche Anschwellung des linken Oberarms. Gleichzeitig wurden die Schmerzen im Schultergelenk heftiger, so dass Bewegungen im Schulter- und Ellenbogengelenk beeinträchtigt, und sehr schmerzhaft waren. Eine Ursache für das Auftreten der Schwellung ist P. unbekannt. Trauma jeglicher Art wird in Abrede gestellt. Auf ärztlichen Rat suchte P. am 13. Januar die Königliche Charité auf.

Status v. 13. Jan.: P. ist ein mittelgrosser Mann von grazilem Knochenbau, mässig gut genährter Muskulatur und schwach entwickeltem Fettpolster. Die Haut ist auf dem ganzen Körper, mit Ausnahme von Brust und Bauch, sowie von Handflächen und Fusssohlen, mit zahlreichen lividen oder kupferfarbenen linsengrossen, flachen oder wenig erhabenen teils isolirten, teils konfluirenden, unregelmässig gestalteten Flecken bedeckt, welche vielfach an ihrer Oberfläche Schuppen zeigen. Der linke Arm hängt schlaff herab. Wegen der grossen Schmerzhaftigkeit sind weder aktive noch passive Bewegungen im Schultergelenk ausführbar. Der linke Unterarm ist im Ellenbogengelenk nur unter heftigen Schmerzen und in beschränktem Maasse beweglich. Das obere Drittel des linken Oberarms wie die Schultergelenksgegend erscheint leicht geschwollen und ist auf

Druck sehr empfindlich. Als Punkte besonderer Schmerzhaftigkeit sind der proc. coracoid. und der proc. acromialis scapulae zu verzeichnen. Der m. biceps fühlt sich ohne entzündliche Rötung der Haut heiss, sowie in seiner ganzen Ausdehnung, hauptsächlich jedoch im Muskelbauch, fast bretthart an. Caput longum und breve bicipitis erscheinen verdickt. In der benachbarten Muskulatur ist ausser geringer diffuser Schmerzhaftigkeit nichts Auffälliges nachweisbar. — Die Bewegungen des rechten Armes sind völlig frei. Die Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergiebt nichts Abnormes. Am praeput. penis befindet sich eine kleine abgeblasste Narbe. Auch besteht ein dünner, serösweisslicher Ausfluss ex urethra.

Therapie: Täglich je eine subkutane Injektion von hydrarg. bijodat. rubr. 0,01. Zweckmässige Lagerung und Ruhestellung des linken Armes durch rechtwinklige Beugung im Ellenbogengelenk. Tinct. jodi ad bicipit.

20. Jan. Die Untersuchung in Chloroformnarkose ergiebt völlige Bewegungsfreiheit im linken Schulter- und Ellenbogengelenk. Der bereits mitgeteilte Befund einer auf den m. biceps beschränkten Myositis kann mit der Präzisirung bestätigt werden, dass die Induration des Muskels am stärksten in den der Haut zunächst gelegenen Partieen, in den tieferen Schichten weniger auffällig sich zeigt.

24. Jan. Lokal stat. id. Klagen über Schmerzen in der Gegend des Sternalansatzes der zweiten Rippe. (Therapie: tinct. jodi.) Obwohl P. andauernd fieberfrei, — mittlere Temperatur ist 37,3 — scheint eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens eingetreten zu sein. Klagen über schlechten Schlaf und nächtlichen Schweiss. (Therapie: pulv. Doweri und morph. mur. 0,01.)

2. Febr. Das Exanthem blasst merklich ab und ist heute nur noch schwach bräunlich gefärbt. Die Härte des Biceps geht zurück. Als Folgeerscheinung der Induration sieht man eine schlaffe Atrophie des Biceps und der benachbarten Oberarmmuskeln auftreten.

7. Febr. Die Atrophie nimmt zu nnd erstreckt sich heute auch auf die mm. supra- und infraspinatus. Die Härte des Biceps ist heute wieder geringer.

14. Febr. Das Exanthem, fast gänzlich abgeblasst, beginnt allmählich zu schwinden. Die Härte des Biceps geht stetig mehr zurück. Infolge der Muskelatrophie und der immer noch vorhandenen Schmerzempfindlichkeit sind Bewegungen im Schultergelenk noch sehr beschränkt. P. verlässt heute nach Injektion von 27 Spritzen hydrarg. bijod. rubr. 0,01 pro die die Charité.

Zur Veranschaulichung der eingetretenen Biceps-Atrophie hat Verf. in verschiedenen Zeitintervallen Messungen an dem erkrankten linken und an dem

gesunden rechten Oberarm vorgenommen, deren Resultate in nachstehender Tabelle zusammengestellt sind:

Masspunkte des Oberarms	rechts	links			
in der Oberarmmitte	27,6	24,3	25,0	25,2	25,7
zwischen oberem und mittlerem Drittel. .	27,1	24,1	24,6	24,9	25,2
zwischen mittlerem u. unterem Drittel . .	25,7	22,4	23,8	24,5	25,0
Datum der Messungen	7. II.	7. II.	25. II.	7. III.	29. III.

P. hat seit dem 23. Febr. seine Berufsbeschäftigung als Buchhalter wieder aufgenommen. Sein Allgemeinbefinden ist durchaus befriedigend. Bewegungen im linken Schultergelenk sind noch immer schmerzhaft und nur in beschränktem Grade ausführbar. Therapie: sol. kal. jod. 5,0 : 200,0.

Trotz der nur langsam fortschreitenden Besserung ist es doch zu erwarten, dass die Muskelaffektion durch weiteren Gebrauch einer antisyphilitischen Kur gänzlich wird gehoben werden können.

Nachtrag.

Status vom 20. Juni: Allgemeinbefinden des Pat. recht befriedigend. Nach seiner Entlassung aus der Charité wurde er 3 Mal wöchentlich elektrisirt und nahm steigende Dosen Jodkali bis auf 9,0 : 200,0. In der Zeit vom 22. April bis 13. Juni erhielt Pat. 22 Spritzen sol. hydrarg. bijodat. rubr., nahm ferner 10 russisch-römische Bäder. Der erkrankte Arm lässt sich der durch das Schultergelenk gelegten Horizontalen bis zu einem Winkel von 45° ohne besondere Schmerzempfindlichkeit nähern. Bei angestrengter Bewegung und erheblichem Schmerz gelingt es dem Pat., den bezeichneten Winkel bis auf 30° zu verkleinern.

Die Muskelsubstanz ist im allgemeinen wenig zu entzündlichen Prozessen geneigt. So sehen wir kaum eine akute Myositis primär auftreten, ohne dass ein Trauma, welcher Art es auch sei, vorangegangen wäre. Neuerdings hat freilich E. Walther (Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie XXV, 261) einen Versuch gemacht, die Existenz einer akuten idiopathischen Muskelentzündung nachzuweisen. Allein seine Bemühungen waren erfolglos. Wir haben demnach im Wesentlichen zwei Formen der Entzündung, die traumatische und infektiöse, von einander zu trennen. In der Mehrzahl der Fälle wird die Anamnese oder das gleichzeitige Vorhandensein anderer prägnanter Symptome die differentielle Diagnose feststellen können. Aber auch bei mangelhaften und unzuverlässigen Angaben seitens der Patienten, wie sie häufig genug dem Praktiker begegnen — mendax syphiliticus quisque —, sowie wenn andere Erscheinungen fehlen, die für eine specifische Infektion sprechen würden, können wir, wenn auch nicht mit unbedingter Sicherheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit die Frage der Differentialdiagnose beantworten.

Die syphilitische Muskelentzündung tritt im Vergleich zu der allgemeinen traumatischen weniger plötzlich, vielmehr schleichend und unter geringeren Schmerzen auf. Ihre Entwickelung geht langsamer vor sich, während der Zustand als solcher längere Zeit bestehen bleibt. Man kann also die Dauer des

entzündlichen Prozesses im Muskel, die diffuse, mehr oder minder gleichmässig über seine ganze Substanz verbreitete Schwellung, die stets fehlende Tendenz zur Vereiterung und die geringe Schmerzhaftigkeit im allgemeinen als die hauptsächlichsten Eigenschaften der specifischen Myositis bezeichnen. Von untrüglicher diagnostischer Bedeutung ist auch die Therapie, und wir können in dieser Beziehung immer annehmen, wenn die entzündliche Infiltration des erkrankten Muskels auf grund einer antisyphilitischen Behandlung schnell sich zurückbildet, dass es sich um eine syphilitische Affektion gehandelt hat.

Im allgemeinen begegnet man beim Durchmustern der vorhandenen Literatur der Ansicht, dass die syphilitischen Muskelerkrankungen vorwiegend dem tertiären Stadium angehören. Nach den meisten Beobachtern sollen sie erst 12 bis 15 Jahre nach der ursprünglichen Infektion auftreten. Dies ist nun allerdings eine ebenso irrige Ansicht, wie diejenige eines französischen Autors (Mauriac), nach dem die Muskelsyphilis weit häufiger in den früheren als in den späteren Stadien sich zeigen soll. In dem von mir beschriebenen Falle sehen wir die Myositis in der 13. Woche nach der Primäraffektion entstehen; ja, Mauriac konnte sie in einem Falle schon in der 8. Woche konstatieren. Andererseits liegen Mitteilungen vor, denen zufolge die syphilitischen Muskelerkrankungen 30 selbst 50 Jahre post primam infec-

tionem auftraten. Es steht also fest, dass die Muskelsyphilis, gleichviel übrigens ob in der diffusen oder circumscripten Form, in allen Phasen der Syphilis erscheinen kann. Wohl jeder Muskel des Skelettes ist dieser Affektion unterworfen, doch sind meistens die Flexoren Sitz dieser an und für sich recht seltenen Erkrankung.

Die vorhandene Literatur weist im ganzen nur 16 Fälle von reiner Myositis diffusa syphilitica auf. Von diesen sind 10 von Mauriac, 4 von Ricord, 1 von Notta und 1 von Beyer beobachtet worden. Der Biceps wurde in 8, der Biceps und Triceps zusammen in 1, die Flexoren des Unterarms in 4, der Masseter in 1, der Biceps und Supinator longus in 1 und der Deltoideus in 1 Fall von der Affektion ergriffen. Dieselbe traf die linke Seite 8, die rechte 5 mal; bei 3 Fällen fehlen die Angaben. Männer erkrankten in 11, Weiber in 3 Fällen; von 2 Beobachtungen ist das Geschlecht unbekannt. Es scheint also fast, als ob Männer mehr für diese Art der syphilitischen Erkrankung disponirt sind als Weiber.

Welches sind nun aber die Symptome, die die diffuse Myositis syphilitica charakterisieren? Spontan auftretende Schmerzen in den Muskeln, Steigerung derselben bei Ausführung von Bewegungen, Schwellung und Druckempfindlichkeit der schmerzhaften Stellen, allmähliche Abnahme und gänzliche Behinderung der Beweglichkeit, Verkürzung des Muskels

und schliesslich allmähliche Besserung bis zur vollständigen Heilung in denjenigen Fällen, in denen die Texturerkrankung noch nicht zu weit vorgeschritten ist und in denen ein antisyphilitisches Verfahren eingeleitet worden — dies sind nach Neumann in kurzgefassten Worten die Erscheinungen, welche die syphilitische Muskelaffektion erkennen lassen.

Ricord sah bei einigen von Muskelsyphilis befallenen Patienten Schmerzen auftreten, welche mit den rheumatischen, gichtischen oder mit den Knochenschmerzen grosse Ähnlichkeit hatten, nur dass sie nicht im Knochen selber, sondern in der Muskelmasse gefühlt wurden. Die Schmerzen sind anfangs nicht sehr gross, so dass die Kranken sich fast nicht darum kümmern. Nachts gewinnen sie freilich an Intensität. Die Ursache dieser Steigerung ist uns zur Zeit noch unbekannt. Man weiss nicht, ob die Muskelschmerzen nicht sog. „astronomische Schmerzen“ sind, oder ob sie nur durch bessere Möglichkeit der Perception von den Kranken als gesteigerte empfunden werden. Nach und nach finden die Patienten aber an den Stellen, an denen der Schmerz sich zu lokalisieren begann, eine gewisse Steifheit und Härte, sowie eine Hemmung bei den Bewegungen. Dieselbe kommt dadurch zustande, dass der Muskel allmählich die Fähigkeit sich zu dehnen verliert, also in Kontrakturstellung verharrt.

Billroth fand nun, dass sowohl die Schmerzhaftig-

keit als auch die Kontrakturen eher durch eine Affektion des Knochens als durch eine solche der Muskeln bedingt sei. „Wenn ein Muskel so infiltrirt ist (sagt er), dass er schmerzhaft ist, so ist das ein Prozess, welcher nicht sehr rasch auftritt und verschwindet. Der entzündete Muskel kontrahirt sich nicht. Wenn aber Schmerzhaftigkeit des Knochens besteht, so bildet sich rasch eine Kontraktur. Der gespannte Muskel drückt auf das Infiltrat und es macht den Eindruck, als ob der Muskel schmerzhaft wäre, aber die Ursache ist doch die Schmerzhaftigkeit des Knochens. Wenn dann die Affektion des Knochens zurückgeht, so kehrt der Muskel auch rasch zur Norm zurück."

Was nun die Dauer und das Ende der fibrösen syphilitischen Muskelaffektionen anbetrifft, so lässt sich darüber Folgendes feststellen. Ebenso langsam und allmählich, wie der entzündliche Prozess sich entwickelt, schwindet er auch schliesslich. Durchschnittlich bleibt die Myositis, wenn sie ohne Therapie sich selbst überlassen war, mehrere Monate bestehen.

Mauriac beobachtete sogar einen Fall, in dem die Muskelerkrankung mehrere Jahre andauerte. Doch das ist, wie gesagt, nur ein seltener, ganz exceptioneller Fall. Meist sind die Kranken nach 3 bis 4 Monaten geheilt. Dass dies freilich nicht immer so ist, lehrt uns Notta (arch. gén. de med. Décbr. 1856):

„dans les cas de rétraction des fléchisseurs des deux derniers doigts de la main, le raccourcissement du muscle n'ayant pas été enrayé par le traitement, amena une flexion complète de ces doigts et quoique l'affection datât de 4 ans, le corps charnu du muscle ne présentait aucune modification du moins appréciable au toucher et à la vue. Le corps charnu du muscle était également sain sous tous les rapports, dans un cas, dans lequel la maladie durait depuis $3^1/_2$ ans et dans un autre cas, qui datait de 8 mois."

Notta, einer der erfahrensten und besonnensten Beobachter, berichtet uns diese seine Wahrnehmungen und gelangt auf grund derselben zu der Schlussfolgerung, dass die syphilitischen Muskelretraktionen keine Tendenz zur Paralyse und Atrophie der befallenen Muskeln erkennen lassen. Freilich beschränkt er sich lediglich darauf, das Resultat seiner Beobachtungen mitzuteilen und fügt in vorsichtiger Weise hinzu, er wisse nicht, ob er das Ergebnis seiner Untersuchungen verallgemeinern, d. h. als in der Mehrzahl der Fälle gültig hinstellen dürfe. So selten nun die myositis diffusa syphilitica an und für sich auch ist, so wissen wir doch heute aus den wenigen durch die Fachliteratur bekannt gegebenen Fällen zur Genüge, dass diese syphilitische Muskelaffektion fast immer in einer schlaffen Atrophie ihren Abschluss findet, eine Erfahrung, die auch der von mir mitgeteilte Fall bestätigt. Selbst ohne therapeutische

Behandlung und auch, wenn sie lange stationär geblieben war, schwindet die syphilitische Muskelerkrankung spontan und ganz allmählich, so dass sich nach und nach auch der Winkel verändert, welcher durch die Beugung des Unter- gegen den Oberarm entsteht.

Der Prozess nimmt im allgemeinen einen günstigen Verlauf. Wenigstens fand ich in der Literatur keine Angaben, welche von einem nicht geheilten oder nicht heilbaren Schwächezustand melden, der im Gefolge der Muskelsyphilis entstanden wäre. Selbst in den hartnäckigsten und langwierigsten Fällen besitzen wir in der Therapie Mittel, denen die Affektion nicht widerstehen kann. Die Prognose ist also gemeinhin als günstig zu bezeichnen, quoad functionem sowohl wie quoad vitam.

Die therapeutische Behandlung ist fast durchweg von sicherem Erfolg. Dies ist vor allem der spezifischen Wirkung des Quecksilbers und des Jodkaliums zuzuschreiben.

Seit dem Ende des 15. Jahrhunderts, wo die Syphilis Gegenstand der Behandlung seitens der Aerzte wurde, steht bis auf den heutigen Tag das Quecksilber als erstes und oberstes antisyphilitisches Mittel in Anwendung. Manch' harter Gegner desselben erstand unter Aerzten und Laien im Laufe der letzten Jahrhunderte, und es bildeten sich förmliche Parteien, die sich aufs Heftigste befehdeten.

Gleichwohl konnte das Quecksilber trotz aller Bekämpfungen, denen es ausgesetzt war und auch heute noch preisgegeben ist, nicht aus dem Felde geschlagen werden. Freilich war der Gebrauch des Quecksilbers in früheren Zeiten eher ein Missbrauch desselben, da nicht allein grosse Quantitäten verwendet, sondern auch ein äusserst nachteiliges diätetisches und hygienisches Regime beobachtet wurde.

Die Einverleibung des Quecksilbers in den Organismus findet auf mehrfache Weise statt: am häufigsten erfolgt sie äusserlich durch die Haut, sodann innerlich durch den Verdauungstraktus, endlich durch Einathmung, also durch den Respirationstraktus.

Mancherlei Gründe rechtfertigen es, dass dieses Mittel durch die allgemeine Körperdecke am häufigsten in Anwendung gezogen wird. Man erzielt nämlich die Resorption desselben durch die Haut ebenso gut wie durch den Verdauungstraktus. Dieser kann aber infolge des nicht indifferenten Mittels leicht einen Nachteil erleiden, was bei dem ohnehin geschwächten Organismus des Kranken nicht ohne Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und indirekt auf den Verlauf der Syphilis selbst sein kann. Von den verschiedenen Methoden der externen Anwendung des Hydrargyrum seien nur die wichtigsten im Folgenden berücksichtigt.

Die endermatische Anwendung des Quecksilbers in Salbenform, unter dem Namen Schmier- oder Einreibungskur (Inunktionskur) bekannt, bildet die älteste Methode der Behandlung der Syphilis. Allein diese Methoden trugen kaum zur Milderung der energischen und rücksichtslosen Anwendung der grauen Salbe bei. Es kam vielmehr zu einem Missbrauch dieses Mittels, der namentlich durch rohe Empiriker zum Nachteile der Kranken sowie zum üblen Rufe der Einreibungskur betrieben wurde. Das Verdienst, diese Behandlungsmethode im Sinne der Humanität sowie der fortschreitenden Pathologie geregelt zu haben, gebührt unstreitig Sigmund in Wien, der eine dem Organismus nicht nachträgliche, weil in qualitativer und quantitativer Hinsicht genau präzisirte Methode einführte, die namentlich das hygienisch-diätetische Verhalten des Kranken während seiner Kur streng erforderlich macht.

Zu den Einreibungen wird allgemein die graue oder Quecksilbersalbe, unguentum hydrargyri cinereum, verwendet, deren Hg-Gehalt 1 : 3 beträgt. Von dieser Salbe werden täglich 3 gr als Normaldosis verrieben. In manchen Fällen genügen 1—2 gr, in anderen steigt man auf 4—5 gr pro die. Die Salbe wird symmetrisch auf beide Körperhälften, je ein Päckchen auf eine Seite eingerieben.

Die Einverleibung des Quecksilbers, bis vor Kurzem blos epidermatisch oder innerlich angestrebt,

wird nunmehr auch auf subkutanem Wege ausgeführt. Einzelne Versuche wurden schon von englischen und italienischen Aerzten (Wood, Hill, Ricordi, Scarenzio) angestellt, blieben jedoch vereinzelt. Erst G. Lewin war es vorbehalten, die Sublimatinjektionskur zu einer systematischen Behandlung gegen die konstitutionelle Syphilis zu erheben. Die Vorzüge, welche diese neuere Methode anderen Behandlungsarten gegenüber aufweist, bestehen nach dem genannten Autor in der Schnelligkeit, mit der die Syphiliserscheinungen zum Schwinden gebracht werden; in der Sicherheit und Präzision des Erfolges, welcher sich in allen, selbst desperaten Fällen erzielen lässt; in der relativ geringen Anzahl der Recidive; in der Leichtigkeit der Ausführung und grossen Bequemlichkeit für den Arzt und Kranken; endlich in der genauen Dosirung, Verschonung des Digestionsapparates und Anwendbarkeit in den Fällen, wo die mit Syphiliden bedeckte Körperoberfläche zu Einreibungen nicht geeignet ist. Lewin benutzte sol. hydrarg. bichlorat. corrosiv. 0,5—0,6 : 100 und injizirte pro die als mittlere Dosis 0,01—0,012 gr.

Bald nach seiner im Jahre 1812 erfolgten Entdeckung wurde das Jod und seine Präparate von verschiedenen Aerzten zu Heilzwecken und namentlich gegen Syphilis verwandt. Erst Wallace in Dublin und nach ihm Mojsisovics in Wien wandten methodisch dieses Heilmittel gegen Syphilis an und

erzielten mit demselben so günstige Erfolge, dass es bald trotz der vielen Widersacher der ersten Zeit als Antisyphiliticum allgemeine Aufnahme und Anerkennung fand. Die Wahl und Anwendung der Jodpräparate wird zum Teil durch den Allgemeinzustand des Kranken, dann durch allenfalls vorhandene Schmerzen und in letzter Linie erst durch die Erkrankungsform beeinflusst. Im allgemeinen gilt das Jodkalium und, wo dies nicht vertragen wird, das Jodnatrium als Hauptmittel. Die innerliche Anwendung der Jodpräparate erweist sich von besonders günstigem Erfolge bei tardiven Syphilisprodukten. Sowohl die Erscheinungen der Haut, als Tuberkel- und Gummibildungen mit Inbegriff der ulcerösen Syphilide, als auch syphilitische Erkrankungen der Eingeweide, des Nerven-, besonders aber des Knochensystems, zumal, wenn diese mit Schmerzhaftigkeit verbunden sind, werden durch eine Jodkur einer wesentlichen Besserung, ja bei fortgesetztem Gebrauche derselben der völligen Heilung zugeführt. Die Erfahrung lehrte jedoch, dass auch recente und namentlich recidivirende Syphilisformen der Haut bei innerlicher Anwendung von Jodmitteln zum raschen Schwinden gebracht werden, so dass dieselben sich auch für gewöhnliche Anfangsformen eignen, wo eine energischere Behandlung nicht dringend notwendig, oder aus anderen Gründen, zumal bei heruntergekommenen Individuen, nicht statthaft

ist. Weiter erweist sich die Anwendung von Jodpräparaten als günstig nach mercuriellen Kuren, also als Nachkur. Sodann wäre noch zu bemerken, dass nicht selten, namentlich bei weit vorgeschrittener konstitutioneller Lues, zumal bei gefährlichen, drohenden Erscheinungen gleichzeitig Jod und Quecksilber mit gutem Erfolge angewendet wird, also als gemischte Kur.

Das grosse Interesse, welches von jeher der antisyphilitischen Therapie entgegengebracht worden, liess auch den Verf. verleiten, etwas ausführlicher, als es dem Rahmen dieser Arbeit entspricht, auf die therapeutischen Fragen einzugehen. Im Folgenden kehren wir wieder zur Myositis syphilitica diffusa zurück.

Was die anatomischen Veränderungen bei der diffusen syphilitischen Muskelentzündung anbetrifft, so liegen darüber nur wenige positive Mitteilungen vor. Das Fehlen von genaueren Beobachtungen ist durch die Seltenheit der Fälle erklärlich, in denen uns das Material zur Untersuchung post mortem zu Gebote steht. Sind ja selbst die krankhaften Veränderungen bei der gewöhnlichen traumatischen Myositis nicht endgiltig bekannt. Man weiss nur, dank den Forschungen von Rokitansky und Waldeyer, dass es zur Proliferation der Kerne und der kontraktilen Substanz kommt, welch' letztere dann ihre Querstreifung verliert. Genauer sind allerdings die

pathologischen Verhältnisse bekannt, wie sie nach Zenker als Folge der eigentümlichen metastatischen Muskelentzündung vorzugsweise beim Abdominaltyphus auftreten. Von diesen haben die meisten der erwähnten Autoren durch Rückschlüsse auf die specifische Myositis sich erst ein Bild von den Veränderungen gewissermassen konstruirt, wie sie die Muskelsyphilis bedingt. Jedesfalls sind aber die Befunde bei der syphilitischen Affektion der Muskeln verschieden, je nachdem man das akute Stadium oder dasjenige des Zerfalls und der Atrophie der Muskelbündel zur Untersuchung bekommt. An entzündeten Muskeln zeigt das interfaszikuläre Bindegewebe vermehrte Gefässinjektion, das Muskelfleisch selbst Veränderungen des Kolorits, das, je mehr die kontraktile Substanz selbst leidet, durch einen Stich ins Missfarbige aufzufallen pflegt. Der Muskel sieht graurötlich oder grauweisslich aus; seine Konsistenz ist vermehrt, wo es sich um starke Infiltration handelt, bei wesentlichen Erkrankungen der kontraktilen Substanz vermindert. In schwereren Fällen wird der Muskel in hohem Grade brüchig; immer verliert er bei heftiger Entzündung seine Elastizität, so dass das Glied kontrahirt, richtiger gesagt, fixirt erscheint.

Anlangend nun die feineren Vorgänge bei der specifischen fibrösen Myositis, so beteiligt sich die kontraktile Substanz bei denselben nicht aktiv, sondern geht lediglich regressive Metamorphosen ein.

Ist die Störung eine intensive, so entwickeln sich an ihr die Veränderungen der trüben Schwellung, der fettigen oder der wachsartigen Degeneration (Virchow), die eventuell bis zum völligen Zerfall in eine weiche breiige Masse führen kann. Die veränderten Reste der kontraktilen Substanz verfallen dann zuletzt der Resorption, und es bleiben von den Muskelprimitivbündeln nur die leeren Sarkolemmascheiden und die Muskelkerne zurück.

Was aber von aktiven Prozessen bei der Myositis specifica diffusa in die Erscheinung tritt, geht wesentlich vom perimysium internum aus und zwar fand Neumann, dass zunächst die Blutgefässe des intermuskulären Bindegewebes es sind, von welchen aus sich die entzündliche Infiltration entwickelt. Man trifft nämlich, diesem Autor zufolge, die einzelnen Muskelbündel ganz intakt und noch deutlich quergestreift, während das sie umgebende Bindegewebe proliferirte, vielfach geschlängelte Gefässe mit Wucherungen in die Adventitia zeigt. Im weiter vorgeschrittenen Stadium findet sich das perimysium internum ganz von wuchernden Zellen infiltrirt, so dass die einzelnen Bindegewebsstränge aus einander gedrängt werden. Es erscheinen nun auch die Kerne des Sarkolemma stark proliferirt; die Querstreifung ist fast gänzlich geschwunden und an ihre Stelle sind Bindegewebswucherungen getreten.

Literatur.

J. B. Theodosius, Medicinal. Epistolae. Basil. 1553.

Ricord, clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. Paris 1842.

Bouisson, tumeurs syphilitiques des muscles. Gaz. méd. de Paris, 1846.

Notta, sur la rétraction musculaire syphilitique. Arch. gén. de méd. 1856.

M. Nélaton, tumeurs syphilitiques musculaires. Gaz. des hôp. No. 59 de 1861.

Ch. Mauriac, leçons sur les myopathies syphilitiques. Paris, 1878.

L. Julien, traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1886.

R. Virchow, Onkologie II, 438 ff.

Virchows Archiv IV, 271 u. XV, 217 ff.

G. Lewin, Charité-Annalen VII, 1882.

H. von Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart, 1888.

J. Neumann, Wien. med. Blätter 1884, VII, 12—13.

— Wien. med. Wochenschr. VIII, 1884.

Senftleben, Arch. f. klin. Chir. I, 107 ff.

E. Walther, Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie XXV, 261 ff.

Verhandlungen der Berl. med. Gesellschaft 1889, XX, 14 ff.

Fournier, leçons sur la syphil. tertiaire. Paris, 1875.

Reder, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. 1871.

Stöhr, Archiv f. klinische Medicin, V. Bd.

Am Schlusse dieser Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. G. Lewin für freundliche Überlassung des Krankenmaterials meinen Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Kranke mit morbus Basedowii in vorgeschrittenem Stadium gehören nicht auf die innere, sondern auf die chirurgische Abteilung.

II.

Jedes ulcus durum ist möglichst frühzeitig zu excidieren, um den Erscheinungen konstitutioneller Lues vorzubeugen.

III.

Der Nutzen der populär-medizinischen Schriften ist mehr als zweifelhaft, und ist deren Verbreitung im Interesse des Publikums thunlichst zu beschränken.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Max Hulisch, mosaischer Konfession, Sohn des Predigers Dr. J. Hulisch zu Herford, wurde am 14. April 1868 zu Neuss a. Rh. geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er in der Volkschule zu Neustadt-Gödens (Ostfriesland) und im Friedrichs-Gymnasium zu Herford (Westfalen), welches er Ostern 1887 mit dem Reifezeugnis verliess. Er wurde am 20. April 1887 an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikulirt und widmete sich im ersten Semester dem Studium der klassischen Philologie. Von praktischen Gründen geleitet, trat er am 10. Oktober 1887 von der philos. zur med. Fakultät über. Am 5. März 1890 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 1. Juli 1891 das Tentamen medicum und am 17. Juli das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Dessau, Diels, Fabricius, Kirchhoff, Vahlen. — Bardeleben, Behrend, von Bergmann, E. du Bois-Reymond, Busch, von Esmarch, Fasbender, Gerhardt, Grunmach, Guttmann, Gusserow, Hartmann, von Hofmann, H. Jacobsohn, G. Lewin, L. Lewin, Leyden, Martin, Mendel, von Noorden, Olshausen, Preyer, Rabl-Rückhardt, Riess, Schweigger, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Winter, Zülzer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hierdurch seinen aufrichtigsten Dank aus.